

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM GRUPOS DE CONTROLE DE TABAGISMO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natália Zancan¹
Bruna Tolotti Colognese²
Fernanda Ghedini³
Tatiana Both⁴

RESUMO

Os grupos de tratamento de dependentes de nicotina na rede pública de saúde vêm sendo utilizados nas estratégias de prevenção do tabagismo. Foram atendidas 47 pessoas com a mesma necessidade de abandonar o vício do cigarro em um Centro de atendimento Integral à Saúde (CAIS). Desse número, 76,6% mulheres e 23,4% homens, dos quais 80,8% participaram dos grupos. As sessões foram estruturadas a partir do Programa Nacional de Controle do Tabagismo “Deixando de Fumar sem Mistério”, do Ministério da Saúde. Foi observado o grau de motivação dos participantes e os principais motivos de recaída, bem como as comorbidades psiquiátricas relacionadas ao uso do tabaco, apontando a importância de investigá-las no processo de tratamento do tabagismo. Das pessoas atendidas 31,9% deixaram de fumar e 17% reduziram a quantidade de cigarro, podendo assim afirmar que os grupos de tratamento de dependentes de nicotina ocorridos nessa instituição pública proporcionaram apoio ao comportamento de parar de fumar e na redução de danos para a saúde.

Palavras-chave: tabagismo; dependentes de nicotina; tratamento.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS ON TOBACCO CONTROL GROUPS: AN EXPERIENCE ACCOUNT

ABSTRACT

Nicotine addiction support groups in the public health system have been used as tobacco prevention strategies. Forty-seven people with the same necessity to quit tobacco addiction were cared at the Center for Health Integral Assistance (CHIA). From these, 76.6% women, and 23.4% men, out of which 80.8% took part in the groups. The sessions were structured based on the National Program for Tobacco Control – called “Deixando de Fumar sem Mistério”, of the Brazilian Health Ministry. The motivation level of participants and the main reasons of relapse were observed, as well as the psychiatric comorbidities related to tobacco use, pointing out the importance of investigating them in the tobacco treatment process. About 31.9% of the people assisted quit smoking, and 17% reduced the amount of cigarettes, contributing to assert that treatment groups of people addicted to nicotine developed in this public institution provided support to the behavior of stop smoking and reduction of harm to health.

Key words: tobacco addiction; nicotine addicts; treatment.

¹Psicóloga. Pós-Graduada na Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental da Escola de Psicologia da Faculdade Meridional (IMED).

² Acadêmica da Escola de Psicologia da Faculdade Meridional (IMED).

³ Psicóloga (IMED).

⁴ Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Especialista em Atenção e Humanização do SUS (UFRGS, ESP, Ministério da Saúde). Psicóloga da Secretaria Municipal da Saúde de Passo Fundo. Professora e Supervisora de Estágio da Escola de Psicologia da Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, RS.

Introdução

O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública, considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte que pode ser evitada se as pessoas não consumissem o tabaco. Apesar da maioria das pessoas estarem alertas sobre os malefícios que o cigarro traz à saúde, é fato que elas continuam fumando. Embora 80% dos fumantes demonstrem vontade de parar de fumar, pesquisas divulgadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001) apontam que apenas 3% conseguem parar definitivamente a cada ano.

O indivíduo tabagista tem probabilidade maior de desenvolver uma série de doenças (Marlatt, 2005). A nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão estão entre as 4720 substâncias tóxicas que o tabaco contém e, ao serem inaladas, aumentam o risco de surgimento de doenças, tais como câncer (pulmão, laringe, faringe, estômago, esôfago, pâncreas, boca), pneumonia, infarto de miocárdio, enfisema pulmonar, úlcera gástrica, impotência sexual, infecções respiratórias, entre outras.

Estima-se que haja 1,2 bilhão de fumantes no mundo. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (Brasil, 2002), o tabagismo está associado a 30% dos casos de câncer. Pode ser considerado como a segunda maior causa de mortes no mundo e cerca de cinco milhões de pessoas morrem anualmente devido às doenças originadas pelo tabaco (World Health Organization, 2004). A expectativa de vida de um indivíduo que fuma é 25% menor que a de um não fumante. No Brasil, estima-se que ocorram 200 mil mortes por ano.

Recentemente, pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde, mediado pelo INCA, pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), abrangendo pessoas com mais de 15 anos de idade, indicam que 17,2% da população brasileira é fumante, sendo 21,6% dos homens e 13,1% das mulheres, totalizando 24,6 milhões de fumantes (Brasil, 2009). Conforme destacam Barlow e Durand (2008), o hábito de fumar geralmente começa no início da adolescência. Dentre os fatores predisponentes que influenciam os jovens a experimentar o cigarro, podemos destacar a exposição à substância por meio dos pais, amigos e através da mídia.

O uso de cigarro, quando se constitui num padrão repetitivo, provoca consequências adversas e leva à dependência de nicotina. No Código Internacional de Doenças (CID-10, 1993) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, APA, 2002*), a dependência de nicotina está classificada nos grupos de transtornos mentais e de comportamento relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

A substância psicoativa do tabaco que causa dependência química é a nicotina (Andrade & Ribeiro, 2007). A dependência à nicotina conta com dois componentes: dependência física, responsável pelo desejo intenso por cigarro e pelos sintomas de abstinência; e a dependência psicológica, responsável pelo sentido que as pessoas dão ao cigarro, como apoiador para lidar com situações de solidão, estresse e frustrações. Além disso, envolve associações de comportamentos como fumar e tomar café, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições (Brasil, 2001).

A dependência está diretamente relacionada aos efeitos prazerosos da nicotina. Há indícios de que a nicotina age estimulando receptores específicos – receptores de acetilcolina nicotínica - no sistema límbico, que é responsável pelas sensações de prazer. A presença de nicotina no cérebro aumenta as concentrações de dopamina, neurotransmissor que media a sensação subjetiva de prazer e regula o impulso

motivacional (Planeta & Cruz, 2005; Barlow & Durand, 2008). O aumento do estado de alerta, melhorando a atenção e a concentração, aumento do desempenho cognitivo e do controle sobre as emoções, assim como alívio do estresse, ocorrendo uma melhora no estado de humor do indivíduo, são descritos como efeitos indiretos dos receptores nicotínicos (Marques et al., 2001). Os diversos efeitos farmacológicos da nicotina dependem da frequência e da quantidade de cigarros que o indivíduo consome, bem como do desenvolvimento da tolerância (Ferreira, 2007).

Calheiros, Oliveira e Andretta (2006) descrevem que os pacientes psiquiátricos encontram-se entre as pessoas com maior vulnerabilidade para a dependência de nicotina. Segundo esses autores, indivíduos com transtornos psiquiátricos fazem uso da nicotina para aliviar os sintomas do transtorno, pois a ação de fumar pode afastar temporariamente alguma condição estressante, distraindo o indivíduo de seus problemas, visto que os efeitos da nicotina causam sensação de bem-estar e alivia os sintomas de abstinência. Nos pacientes dependentes de nicotina e que apresentam comorbidades psiquiátricas, a síndrome de abstinência de nicotina constitui-se um fator de risco para intensificar os sintomas da comorbidade.

Os tratamentos indicados para a cessação do cigarro são a abordagem cognitivo-comportamental e o uso de medicamentos. Os fármacos estabelecidos para o tratamento de dependentes de nicotina são a bupropiona, a nortriptilina, a clonidina e a própria nicotina. Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), no Brasil, os medicamentos indicados são o antidepressivo bupropiona, que atua como bloqueador da recaptção de dopamina e noradrenalina, com dosagem entre 150 e 300 mg/dia, além dos medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), como o adesivo de nicotina e a goma de mascar. O adesivo de nicotina tem como objetivo aliviar os sintomas da fissura e é um método seguro nesse tipo de tratamento. No Brasil estão disponíveis adesivos com 7, 14 e 21 mg de nicotina ativa. Também pode ser utilizada a goma de mascar que contém 2 mg de nicotina ativa por unidade. A média de consumo é de 10 gomas por dia, podendo chegar até 20, dependendo da quantidade de cigarros/dia que o indivíduo consome. As doses e o tempo de utilização variam de acordo com as necessidades de cada paciente.

A abordagem cognitivo-comportamental envolve componentes para identificar as situações de risco e desenvolver estratégias de enfrentamento. Em meio às técnicas empregadas nesta abordagem, podemos utilizar a análise de recaídas anteriores para prevenir futuras recaídas, automonitoramento, técnicas de relaxamento e autocontrole. Outro ponto importante na cessação de fumar é a modificação do comportamento para interromper a associação entre a situação de risco, incluindo novos hábitos saudáveis (Brasil, 2001).

A utilização de técnicas de relaxamento, como exercícios de respiração e relaxamento muscular progressivo, é crucial para o tratamento, já que estas têm o intuito de cessar a ansiedade. Junior (2004) refere que a ansiedade é um sintoma frequente em dependentes químicos, exacerbado na abstinência e fissura de diferentes substâncias. Durante a fissura, além do relaxamento diminuir a ansiedade, provê ao sujeito um intervalo de tempo na qual a intensidade da fissura pode ser reduzida e, além disso, permite ao sujeito perceber de que está no controle e é capaz de lidar com a fissura.

Para que o tratamento de dependência de nicotina seja eficaz, é necessário observar o grau de motivação do paciente. Entende-se como motivação as características internas, influenciadas por fatores externos, conforme a situação e o momento em que o indivíduo se encontra, auxiliando a alcançar a ação eficaz para a mudança (Gaglioti, Carneiro & Ferreira, 2001). A abordagem que auxilia os indivíduos a identificar as dificuldades pelas quais estão passando, segundo os mesmos autores, é a

entrevista motivacional. É uma abordagem delineada a motivar as pessoas com necessidades de mudança de comportamento, trabalhando a ambivalência dessa necessidade. É necessário apoiar a autoeficácia, pois no momento em que o indivíduo acredita na sua habilidade pessoal de desempenhar com sucesso tarefas específicas, produz um resultado desejável.

As pessoas têm diferentes níveis de motivação para alcançar a mudança de comportamento, definidos por estágios de mudanças. Prochaska, Di Clemente e Norcross (1999) descrevem as fases pelas quais os pacientes podem passar durante o tratamento. Conforme esses autores, o primeiro estágio é a Pré-Contemplanção, no qual o paciente não tem intenção de mudar, e geralmente não percebe que tem um problema. Quando busca tratamento é por pressão de outra pessoa. O segundo é o estágio de Contemplanção ou Ambivalência, em que há uma dualidade entre a situação em que o indivíduo está e a consciência da necessidade de mudar seu comportamento, mas, ao mesmo tempo, não está se sentindo preparado e alterna rapidamente os argumentos a favor de mudar e a permanecer com o mesmo comportamento. No estágio de Determinação a decisão é alcançada, ou seja, as pessoas estão planejando os passos para a mudança. O estágio de Ação diz respeito aos sujeitos que já tomaram uma atitude diante de seu comportamento, e colocaram-no em prática. O último estágio é o de Manutenção, entendido como a continuação do novo comportamento para a mudança. Neste estágio é trabalhada a prevenção à recaída e os ganhos obtidos durante a ação.

Para quem está motivado a deixar o cigarro e procura tratamento, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza uma proposta de tratamento que envolve o uso de medicamentos e a participação em grupos terapêuticos que se desenvolvem sob a orientação da abordagem cognitivo-comportamental, são de curta duração e baseados nos conceitos da entrevista motivacional. Nas unidades básicas de saúde, onde existe demanda muito grande e poucos profissionais para atendimento, os pacientes são norteados para a terapia em grupo. O usuário da rede SUS pode usufruir desse serviço no local mais próximo de atendimento do seu domicílio. Esta é a proposta da descentralização do SUS que, ao adequando-se ao cenário particular de cada localidade, pode influenciar positivamente no processo de cessação de fumar.

Os grupos são parte da vida das pessoas. Para Bock (2002), o dia-a-dia é demarcado pela vida em grupo, pois o indivíduo sempre está envolvido em relacionamentos com outras pessoas, seja no trabalho, família, momentos de lazer, etc.

Grupos terapêuticos de abordagem cognitivo-comportamental são eficazes pela relação estabelecida no grupo. Para Brofman (2008), no momento em que os pacientes valorizam o grupo e se sentem valorizados pelos outros membros, estabelecendo uma relação terapêutica adequada, estão em condição para uma terapia eficaz. Bieling, McCabe e Antony (2008) afirmam que o sentimento de pertencimento ao grupo é fundamental no sucesso do tratamento. Quando o sujeito confia no grupo, se sente mais à vontade para expor seus pensamentos e crenças. O feedback dado pelo terapeuta e pelo grupo auxilia na correção de cognições distorcidas e reforça avaliações mais realistas.

O presente estudo descreve o atendimento realizado em um centro de atendimento de saúde pública em Passo Fundo, em que dos 47 usuários que procuraram o serviço e dos 80,8% que frequentaram o grupo, 31,9% abandonaram o vício de cigarro e 17% reduziram a quantidade de cigarros fumados por dia. Dessa forma, esse atendimento e a decisão de parar de fumar podem iniciar a mudança do cenário em que está disponível o serviço.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo realizado em serviço de atenção ao tabagismo em um centro de atendimento de saúde pública. A amostra foi constituída de 47 participantes, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 70 anos, dependentes de nicotina, que procuraram programa de controle do tabagismo com a mesma necessidade de abandonar a dependência. O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Meridional (IMED), sob ofício número 013/10. Os participantes aceitaram participar de forma voluntária desse estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo contou com a psicóloga do local e com estagiárias de psicologia para orientar, por meio de terapia de grupo, os indivíduos com desejo de parar de fumar. Essa intervenção antitabagismo é uma proposta da Secretaria de Saúde, tendo como incentivador e apoiador o Ministério da Saúde.

Inicialmente realizou-se uma avaliação individual de cada indivíduo através de uma entrevista motivacional e de um questionário estruturado. Junto com a avaliação, os indivíduos com o intuito de parar de fumar eram orientados sobre o programa, e mesmo aqueles que não tinham intenção de deixar o cigarro eram motivados a participar do grupo.

A entrevista estruturada foi desenvolvida pelo Programa Nacional de Controle de Tabagismo do Ministério da Saúde, com o objetivo de coletar informações sobre a história tabagística do paciente, incluindo situações que modulam o consumo do tabaco, como o convívio com outros fumantes em casa ou no trabalho. Também foram investigados a existência de outros problemas físicos ou psicológicos, a utilização de medicamentos, o grau de dependência do tabaco e tentativas anteriores para interromper o uso do tabaco abrangendo fatores de sucesso e recaída.

O grau de motivação do indivíduo para o tratamento foi avaliado através de uma questão de múltipla escolha com três alternativas: a) contemplação (motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias), b) ação (já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês), c) recaída (retomou ao consumo habitual de cigarros).

Para determinar o grau de dependência de nicotina foi utilizado o *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), desenvolvido e introduzido por Karl Fagerström em 1978. É um questionário com seis itens de alternativa simples e pode ser autoaplicável. Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação e a soma dos pontos indica o grau de dependência de nicotina do avaliado. Uma pontuação alta indica maior gravidade de dependência do tabaco. Neste estudo foi aplicada a validação adaptada para o Brasil por Carmo e Pueyo (2002).

Os grupos terapêuticos de tabagismo foram divididos em quatro sessões semanais, com duração mínima de uma hora, sendo estruturadas conforme o Manual do Participante Deixando de Fumar sem Mistério: Sessão 1- Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; Sessão 2- Os primeiros dias sem fumar; Sessão 3- Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; Sessão 4- Benefícios obtidos após parar de fumar.

Em alguns encontros, conforme o funcionamento de cada grupo, foram debatidos assuntos além dos previstos no manual, para suprir as demandas dos participantes. Além disso, foram criadas possibilidades para que os participantes identificassem problemas semelhantes aos dos outros, favorecendo aos indivíduos a tomada de consciência de que não são os únicos a ter problemas.

Resultados

Dos 47 sujeitos que compõem a amostra, 38 deles participaram dos grupos terapêuticos, totalizando sete grupos, sendo que a média de participantes foi 5,4 por grupo.

A respeito do tempo de uso de tabaco, 59,6% dos sujeitos entrevistados fizeram uso por mais de 26 anos, enquanto 2,1% até 10 anos e 38,3% fizeram uso de 11 a 25 anos. A maioria dos indivíduos (38,3%) fumava entre 11 a 20 cigarros por dia antes de procurar tratamento e 23,4% fumava mais de 31 cigarros/dia.

Em relação à classificação da dependência de nicotina, 44,7% dos sujeitos avaliados apresentaram dependência leve, 25,5% foram classificados como dependência média e 29,8% como alta dependência. Na Tabela 1 é detalhada a caracterização da amostra.

Tabela 1: Caracterização da amostra

Variáveis	N	%
Sexo		
Homens	11	23,4
Mulheres	36	76,6
Tempo de uso do tabaco		
Até 10 anos	1	2,1
11 a 25 anos	18	38,3
Mais de 26 anos	28	59,6
Números de cigarros/dia		
Até 10	10	21,3
11 a 20	18	38,3
21 a 30	8	17
Mais de 31	11	23,4
Dependência FTND		
Baixa	21	44,7
Média	12	25,5
Alta	14	29,8

Na Tabela 2 é representando o Grau de Motivação dos participantes para abandonar o cigarro. Observa-se que 72,3% dos indivíduos optaram por parar de fumar, porém, sem definir uma data.

Tabela 2: Avaliação do Grau de Motivação

Estágio Motivacional	N	%
Contemplativo	34	72,3
Ação	10	21,3
Recaído	3	6,4

A Tabela 3 representa os resultados obtidos dos Grupos de Tabagismo. De 47 indivíduos entrevistados, 38 (80,8%) frequentaram o grupo. Desses, 31,9% desistiram antes de terminar o tratamento, 31,9% abandonaram o vício de cigarro e 17% reduziram a quantidade de cigarros fumados por dia.

Tabela 3: Resultados obtidos na cessação do tabaco através do Grupo de Tabagismo

Grupo de Tabagismo	N	%
Pacientes que frequentaram o grupo	38	80,8
Pacientes que desistiram antes do final do tratamento	15	31,9
Pacientes que não compareceram	9	19,2
Pacientes que deixaram de fumar	15	31,9
Redução de danos	8	17
Pacientes que haviam tentado parar de fumar anteriormente	42	89,4

Discussão dos resultados

Na entrevista inicial, alguns pacientes relataram as tentativas anteriores para deixar de fumar, 89,4% dos sujeitos entrevistados haviam tentado parar de fumar anteriormente, sem ajuda de medicamentos, ou mesmo de um profissional. Sadock, B. e Sadock, V. (2007) descrevem que a maioria dos fumantes faz de 5 a 10 tentativas para conseguir parar de fumar.

No momento em que o indivíduo deixa de fumar as técnicas de prevenção de recaída são imprescindíveis. Uma recaída terá maiores chances de ocorrer em situações de risco, no entanto, para que não ocorra, o comportamento de risco precisa estar sob controle. O planejamento para não engordar e as técnicas para lidar com o estresse são fundamentais para o indivíduo permanecer abstinente. A maioria das recaídas após um período de abstinência de cigarros está relacionada à situações de estresse psicológico. A recaída pode se manifestar em momentos de alto estresse, ansiedade, pouco apoio social ou baixa confiança (Frances, Franklin & Mack, 2006).

Os sujeitos da amostra, ao participarem do grupo, revelavam aos companheiros técnicas que utilizaram em tentativas anteriores de abandonar o cigarro. Esse método foi visto como forma de prevenção, em relação ao enfrentamento dos problemas relacionados à recaída, pelo aprendizado com outros, possibilitando que surgissem no cenário demais soluções para as dificuldades apresentadas.

Discutir sobre dependência de tabaco, bem como as comorbidades psiquiátricas é um fator de grande importância no contexto atual de tratamento, pois, de acordo com Malbergier e Oliveira (2005) o uso do tabaco aproxima-se das populações acometidas por transtornos psiquiátricos, e na medida do desenvolvimento do conhecimento sobre os efeitos do tabagismo as possibilidades terapêuticas são aumentadas. Desse modo, é relevante investigar se o paciente psiquiátrico fuma, levando em conta os efeitos que o ato de fumar e que a abstinência da nicotina ocasiona no humor, na ansiedade e na cognição, além de interferir significativamente nas medicações utilizadas na prática psiquiátrica. De acordo com os autores, do mesmo modo que o uso de tabaco interfere nos principais sistemas de neurotransmissão compreendidos nos transtornos psiquiátricos, ocorre com a abstinência da nicotina.

O DSM-IV-TR (APA, 2002) não descreve um modelo de intoxicação para a nicotina. No momento em que o uso de cigarros é suspenso, instala-se rapidamente uma síndrome de abstinência. Os sintomas de abstinência são decorrentes da resposta à redução ou interrupção abrupta do consumo de tabaco, incluindo irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração, humor deprimido, aumento de peso e ansiedade.

Os principais motivos da recaída foram relacionados à ansiedade e depressão, originada por doença familiar, morte de um ente querido, estresse no trabalho, acidente de trânsito e a convivência com outros fumantes. Analisando a história patológica dos

entrevistados, 52,5% das mulheres costumam ter crises de depressão e 27,5% tendem a ter crises de ansiedade. Entre os homens, 12,5% apresentaram depressão e 7,5% tem ou tiveram crises de ansiedade. Deste modo, as comorbidades psiquiátricas são fatores importantes a serem considerados na avaliação de tabagistas.

Estudos realizados com pacientes tabagistas têm identificado a presença de ansiedade e depressão como fatores significativos que influenciam na tentativa de abandonar o uso de tabaco (Rondina, Gorayeb & Botelho 2003). Podemos observar a prevalência de transtornos de ansiedade e depressão associados ao tabagismo entre as mulheres.

Nesse sentido, Andrade, Viana e Silveira (2006) apontam diferenças em relação aos transtornos mentais entre homens e mulheres. A depressão é a doença que causa mais incapacitação às mulheres. Segundo pesquisas, a mulher apresenta maior vulnerabilidade ao surgimento de sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo.

Os achados de Calheiros et al. (2006) confirmaram a presença de comorbidades psiquiátricas no tabagismo, relacionadas a transtornos de humor, de ansiedade, esquizofrenia e substâncias psicoativas, sendo os mais comumente encontrados.

Malbergier e Oliveira (2005, p. 278) descrevem que o tabagismo e a depressão têm importante relação no tratamento da dependência da nicotina. “Ao mesmo modo que existe a possibilidade de que a depressão predisponha à recaídas e ao consequente fracasso de uma tentativa de cessação do uso de tabaco, parar de fumar pode facilitar o desenvolvimento de episódios depressivos com sintomas graves”.

A probabilidade aumentada de ocorrência de episódios depressivos no período de abstinência da nicotina tem maior possibilidade de ocorrer em pacientes com histórico de depressão. Quando o cigarro é abandonado, fumantes com histórico de depressão podem apresentar um episódio depressivo, ou até mesmo ocorrer um quadro depressivo em indivíduos que nunca apresentaram sintomas de depressão. Muitas pessoas que deixam de fumar e depois retornam o vício revelam que os sintomas de depressão e ansiedade foram responsáveis pela reincidência (Ferreira et al., 2001).

Na amostra, 76,6% dos entrevistados eram mulheres, sendo 23,4% homens. Observa-se, nos estudos de Calheiros, Oliveira, Wagner e Matos (2009), o qual objetivou avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade em tabagistas participantes de um programa de tratamento para dependência de nicotina, que 80% da amostra era composta por mulheres. E nos estudos de Melo, Oliveira e Ferreira (2006) com pacientes que buscaram tratamento ambulatorial para o tabagismo, 72,5% da amostra foi composta por mulheres e 27,5% constituíram-se de homens.

Conforme Sadock, B. e Sadock, V. (2007), o tabagismo é tão comum em mulheres quanto em homens. Os mesmos autores descrevem que os indivíduos com transtornos depressivos e de ansiedade têm menos sucesso em suas tentativas de parar de fumar do que outras pessoas. A presença de depressão e ansiedade em tabagistas pode comprometer a eficácia das diversas modalidades de intervenção terapêutica, sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas. Estes pacientes são mais propensos a não aderirem ao tratamento por ter dificuldades na obtenção e manutenção da abstinência.

A redução de danos é outro aspecto a ser considerado. Conforme Gaglioti et al. (2001) a redução de danos pode ser uma proposta inicial de tratamento, já que muitas pessoas não se propõem a parar por não acreditarem na sua capacidade de ficar sem cigarros. É uma proposta de saúde pública com a finalidade de minimizar as consequências prejudiciais do uso de drogas. Os fatores principais da redução encontram-se na concentração de esforços que ocorrem na redução da oferta, ou seja, na

redução da disponibilidade dos produtos. O aumento do preço do cigarro, as leis que eliminam o consumo para menores de idade e a limitação de locais nos quais é permitido fumar, podem reduzir drasticamente a quantidade do uso de cigarros.

A cessação do consumo de tabaco envolve diversas variáveis, contudo, quanto maiores as informações adquiridas sobre as especificidades dos dependentes dessa substância, maiores são as chances de mantê-los sobre abstinência.

Considerações Finais

A partir da revisão bibliográfica, recomenda-se aconselhar e motivar os indivíduos dependentes dessa substância a interromper o uso do tabaco, indicando-lhes a terapia cognitivo-comportamental de grupo, bem como a terapia de reposição de nicotina. O abandono do cigarro traz resultados importantes aos indivíduos, proporcionando benefícios diretos como o aumento da autoestima, diminuição nos sintomas de estresse, além de reduzir o risco de câncer, infarto do miocárdio, doenças pulmonares e crônicas.

A depressão e a ansiedade relacionam-se expressivamente no tratamento da dependência de nicotina, havendo a possibilidade de que essas comorbidades causem recaídas ocasionando o fracasso de uma tentativa de parar de fumar, ou parar de fumar implique no desenvolvimento de episódios depressivos ou de ansiedade. É possível que o tratamento farmacológico diminua os sintomas de abstinência à nicotina nos fumantes e ajude-os a obter mais sucesso na tentativa de cessação de fumar.

As evidências a partir de estudos nesse contexto indicam a necessidade de aprofundamento de pesquisas, pois podem prover subsídios fundamentais para a eficácia do tratamento.

Referências

- American Psychiatric Association, APA. (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV-TR. 4ª ed. rev. - Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, A. G. & Ribeiro, P. L. (2007). Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: Elkis, H., Neto, M. R. L. e cols. Psiquiatria Básica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C. & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Revista de Psiquiatria Clínica, 33(2), 43-54.
- Barlow, D. H. & Durand, M. V. (2008). Psicopatologia: uma abordagem integrada. 4ª ed. São Paulo: Cengage Learning.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E. & Antony, M. M. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos. Porto Alegre: Artmed.
- Bock, A. M. B., Furtado, O. & Teixeira, M. L. T. (2002). Psicologias: Uma Introdução ao Estudo de Psicologia. 13ª ed. São Paulo. Saraiva.
- Brasil. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: 2009. [online]. [Acessado em 15 de agosto de 2011]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf>>.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. (2001). Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA. [online]. [Acessado em 15 de agosto de 2011]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/parar/consenso.htm>>.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. (2002). Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro: INCA.
- Brofman, G. Psicoterapia Psicodinâmica de Grupo. (2008). In: Cordioli, A. V. (Org.) e cols. Psicoterapias: Abordagens Atuais. (p. 299-316). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Calheiros, P. R. V., Oliveira, M. S. & Andretta, I. (2006). Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. Revista Aletheia, 23, 65- 74.
- Calheiros, P. R. V., Oliveira, M. S., Wagner, M. F. & Matos, K. S. (2009). Sintomas de ansiedade em tabagistas no início do tratamento. Revista de Psicologia da IMED, 1 (1), 46-55.
- Carmo, J. T. & Pueyo, A. A. (2002). A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. Revista Brasileira de Medicina, 59, 73-80.
- CID-10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. (1993). Coord. Organização Mundial da Saúde; trad: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed.
- Gigliotti, A., Carneiro, E. & Ferreira, M. Tratamento do tabagismo. (2001). In: Rangé, B. (Org.) Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. (p. 351-371). Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, M. P. (2007). Tabagismo. In: Elkis, H. & Neto, M. R. L. (Orgs.). Psiquiatria Básica. (p. 311-318). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Frances, R. J., Franklin, J. E. & Mack, A. H. (2006). Transtornos por Uso de Substâncias. In: Hales, R. E. & Yudofsky, S. C. Tratado de Psiquiatria Clínica. (p. 302-369). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Júnior, E. L. (2004). Dependência Química. In: Knapp, P. & cols. Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. (p. 280-298.). Porto Alegre: Artmed.
- Malbergier, A. & Oliveira Jr., H. P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátricas. (2005). Revista de Psiquiatria Clínica, 32 (5), 276-282.
- Marlatt, B. C. Drogas Mitos & Verdades. 10ª ed. São Paulo: Ática, 2005.

- Marques, A. C. P. R., Campana, A., Gigliotti A. P., Lourenço, M. T. C., Ferreira, M. P. & Laranjeira R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Revista Brasileira de Psiquiatria, 4 (23), 200-214.
- Melo, W. V., Oliveira, M. S. & Ferreira, E. A. (2006). Estágios Motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. Interação em Psicologia, 10 (1), 91-99.
- Planeta, C. S. & Cruz, F. C. (2005). Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. Revista de Psiquiatria Clínica, 32 (5), 251-258.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1999). Search of how people change: applications to addictive behaviors. In: Marlatt, G., Vandenbos, G. (Org.). Addictive behaviors: readings on etiology, prevention and treatment. (p. 671-696). Washington: American Psychological Association.
- Rondina, R. C., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2003). Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Revista de Psiquiatria Clínica, 30 (6), 121-128.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization, Who. Why is tobacco a public health priority? (2004). [online]. [Acessado em 10 de agosto de 2011]. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/about/en/>>.

Endereço para correspondência

Natália Zancan
Rua Uruguai 185/102 – Centro
Passo Fundo - RS
CEP: 99010-110
E-mail: natizancan@gmail.com

Recebido em 21/10/2011.
Aceito para publicação em 20/05/2012.